

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 126

Traitement de l'Appendicite aiguë

APPENDICECTOMIE SYSTÉMATIQUE

Travail du service de clinique chirurgicale de l'École de Médecine de Dijon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juillet 1925

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Pierre CHARPIOT

Né à Dijon, le 18 avril 1898



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

1925



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553205_0044

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 126

Traitement de l'Appendicite aiguë

APPENDICECTOMIE SYSTÉMATIQUE

Travail du service de clinique chirurgicale de l'École de Médecine de Dijon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 juillet 1925

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Pierre CHARPIOT

Né à Dijon, le 18 avril 1898



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE.	M. H. HUGOUNENQ
DOYEN.	M. J. LEPINE
ASSESEUR.	M. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,
FLORENCE (A), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	VOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales.	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale.	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN
— — — Chimie minérale.	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance.	CHATIN
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
THEVENOT (Léon)	DUROUX	ROUBIER	SANTY
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET
SAVY	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
FROMENT	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
PIERY			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VILLARD, Président.

M. COTTE, Assesseur.

MM. DUROUX, CHALIER A., Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BROUSSOLLE

DIRECTEUR HONORAIRE
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LECLERC

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PETITJEAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE DIJON

A TOUS MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE DIJON

CHAPITRE PREMIER

Historique du traitement de l'Appendicite aiguë

La question du traitement de l'appendicite aiguë est une de celles qui, depuis une quarantaine d'années, ont amené le plus de discussions entre médecins et chirurgiens, discussions qui n'ont jamais abouti à des conclusions bien nettes, laissant, au contraire, dans l'esprit de tous ou de la majorité une indécision totale quant à la conduite à tenir devant une crise aiguë d'appendicite. C'est du moins ce que l'on peut conclure actuellement à la lecture des ouvrages classiques.

Nous n'avons pas la prétention de mettre un point final à cette longue discussion ; mais nous voudrions apporter une contribution, qui ne fera sans doute que répéter et appuyer des idées qui ont été soutenues depuis quelque temps, et qui paraissent devoir être enfin adoptées généralement. Cette contribution nous est fournie par les méthodes employées au Service de clinique chirurgicale de l'École de Dijon et vulgarisées autour de lui, sous l'impulsion de M. le professeur Leclerc, qui lui-même fut un élève de l'École lyonnaise dont les maîtres furent parmi les premiers en France à préconiser le traitement chirurgical de la crise appendiculaire.

Au début de cette étude, il nous paraît nécessaire

de fixer très rapidement les points principaux qui marquent l'évolution du traitement de l'appendicite aiguë.

En 1886 et 1888, dans les mêmes travaux où il faisait l'histoire clinique de l'appendicite, Réginald Fitz concluait déjà au traitement chirurgical précoce, soutenu bientôt dans cette opinion par différents auteurs américains.

En 1890, les méthodes américaines firent leur apparition en Europe, défendues d'abord au Congrès des Chirurgiens allemands, par Kummel, qui fut suivi dans ses conclusions par l'École lyonnaise, en 1892, en particulier par Poncet et Jaboulay. Enfin la méthode se généralisa rapidement, tout le monde opérant tous les cas d'appendicite qui se présentaient, à tel point que les nombreux succès du début furent suivis de désastres qui effrayèrent les plus interventionnistes.

A partir de 1896 commence une deuxième phase : c'est une vague de réaction qui fait abandonner le bistouri pour lui substituer un traitement purement médical : immobilité, diète, glace ; la guérison est ainsi très souvent obtenue, mais les opportunistes eux-mêmes avouent que beaucoup de cas se compliquent, et Chauvet estime à 30 pour cent la mortalité pendant le refroidissement. C'est à ce moment que Dieulafoy, s'appuyant sur de nombreuses observations, s'élève contre l'expectative et arrive à prononcer sa phrase, si souvent répétée depuis : « Il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite ». Peu après, en 1898, Poirier, interventionniste résolu, ne reconnais-

sait aucune contre-indication à l'intervention « qui, presque toujours utile, n'est jamais nuisible ».

Malgré ces voix autorisées, le nombre des opportunistes augmente ; « opportunistes » et « radicaux » restant sur leurs positions en 1902 au Congrès américain de Chicago, au Congrès de Bruxelles et à la Société de Chirurgie de Paris. Le principe généralement admis alors est le suivant : « Refroidir, mais se tenir prêt à opérer à la moindre alerte. »

Ce n'est que peu à peu et à la suite des publications nombreuses de statistiques importantes, que l'on commence à admettre les bienfaits de l'appendicectomie précoce ; cette nouvelle réaction, à point de départ allemand, en 1906 (date à laquelle a été préconisée l'intervention hâtive dans les 72 premières heures), aboutit à la grande discussion du Congrès de Chirurgie de Paris de 1911 : Hartmann, depuis longtemps interventionniste, conseille alors de toujours supprimer, et le plus tôt possible, la cause de toute péritonite, mais aucune idée nette ne se dégage et ne peut résumer le Congrès.

Depuis cette discussion la question ne s'est guère éclaircie, chacun restant sur les positions prises, et si aujourd'hui une tendance se fait jour vers l'appendicectomie systématique à toutes les périodes, il n'en est pas moins vrai que les auteurs classiques actuellement, d'une part sont divergents entre eux, d'autre part ne donnent pas une conduite à suivre bien nette en présence d'une appendicite aiguë ; les indications ne sont pas posées clairement, et le médecin est excusable qui hésite au moment de décider du traitement. Or

cette hésitation met en danger la vie des malades, et, pour l'éviter, il faudrait poser enfin une formule qui ne prête pas à discussion ; et c'est cette formule que nous essayerons de déduire de notre discussion ; en l'adoptant, nous ne ferons d'ailleurs que suivre plusieurs chirurgiens autorisés, tels que Témoin, Villard et Tavernier pour l'École lyonnaise, et Hartmann, pour l'École parisienne.

CHAPITRE II

Légitimité de l'appendicectomie systématique

a) *Dans les 48 premières heures*

L'appendicectomie systématique dans les deux premiers jours de la crise n'est plus guère discutable, ni même discutée ; actuellement, tous les chirurgiens sont d'accord pour intervenir et enlever l'appendice dans les heures qui suivent le début de la crise. C'est donc une notion admise, et si nous reprenons tous les arguments qui l'ont fait adopter, c'est qu'ils plaideront aussi en faveur de l'appendicectomie systématique à toutes les périodes.

La notion de l'appendicectomie précoce, apparue en 1905, prit rapidement corps et fut développée dans de nombreux travaux ; on peut résumer ainsi les conclusions admises à ce moment : l'appendicite est constituée par des lésions inflammatoires, qui, d'abord limitées à l'appendice, se généralisent ultérieurement au péritoine ; d'autre part, l'appendice malade déverse continuellement des toxines dans le sang. Le traitement idéal consiste donc à enlever l'appendice avant qu'il n'ait créé des dégâts irréparables, et que se soit constitué la péritonite, avant que d'autre part, les toxines déversées dans le sang n'aient définitivement accompli leur œuvre. L'appendicectomie précoce coupe donc, comme on l'a dit, le mal dans sa racine ; mais

pour être sans danger cette appendicectomie doit être faite dans les 48 premières heures ; au delà, l'opération devient une chose grave.

Bien entendu, de nombreuses objections furent faites à cette théorie nouvelle, dès qu'elle fit son apparition : « C'est une opération inutile ; l'appendicite guérit généralement seule par le traitement médical ; vous opérerez donc des malades qui peuvent guérir, qui auraient probablement guéri tout seuls ».

Cette première objection est vraie en partie ; mais, si beaucoup de malades guérissent de leur appendicite, après quelles alternatives et après quels dangers courus, certains obtiennent-ils cette guérison ! Les longues suppurations avec leurs ennuis et les dangers qu'elles font courir, les abcès qu'il faut ouvrir, les fistules interminables, tout cela constitue bien souvent une guérison chèrement achetée, sans compter que cette guérison médicale ne met pas le patient à l'abri de nouvelles crises, qui pourront ne pas avoir toutes la même terminaison heureuse.

D'autre part, il est bien prouvé que la guérison par le traitement médical n'est pas absolument certaine : il y a des cas qui tournent mal, malgré le traitement le mieux conduit, et, d'après les lésions trouvées au moment d'une opération, on se rend bien compte que le meilleur traitement médical n'aurait pas empêché l'évolution de la maladie et que la mort était fatale. A tel point, que les abstentionnistes les plus convaincus ne tardent pas à devenir opportunistes, déclarant qu'il faut opérer précocement, mais les cas graves seulement.



Fig. 1. — L'incision de Walther.

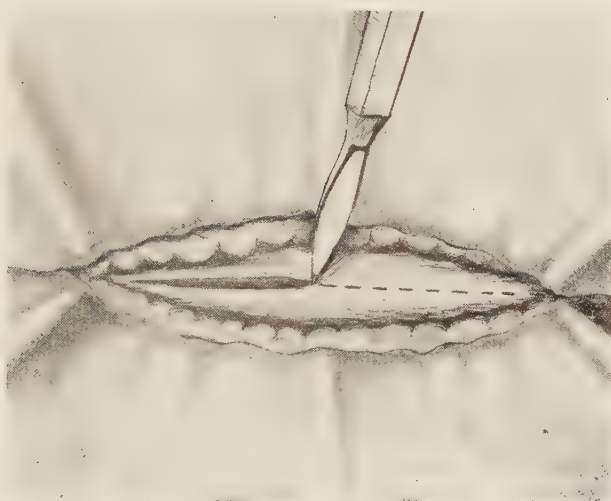


Fig. 2. — La peau est bordée. Incision de l'aponévrose du grand oblique.

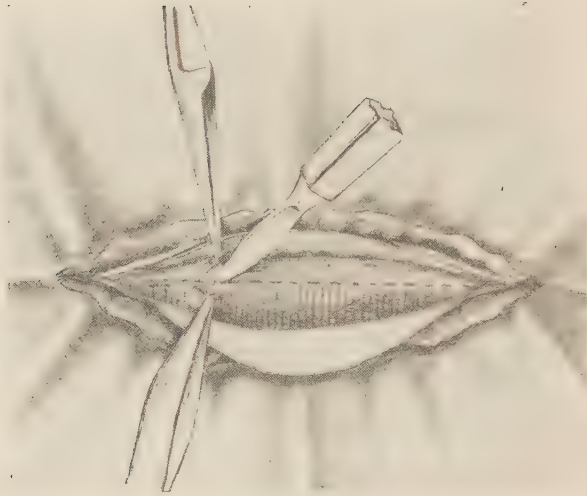


Fig. 3. — Désinsertion du petit oblique et du transverse, à l'endroit où les fibres musculaires se continuent avec l'aponévrose profonde.

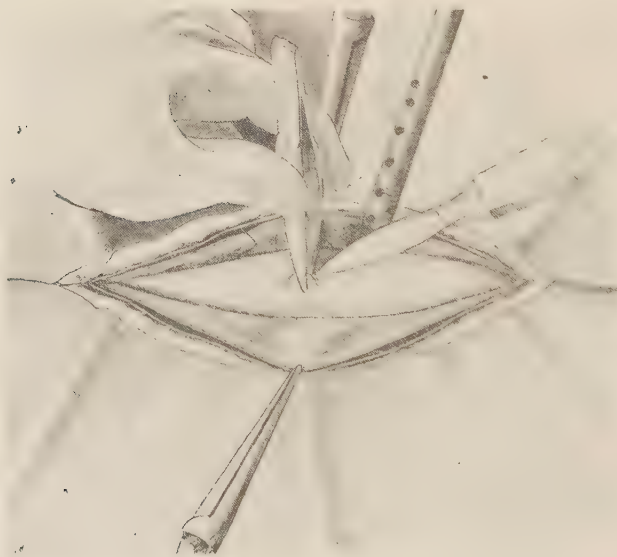


Fig. 4. — Incision du péritoine. L'aspirateur est prêt à être introduit par l'orifice.

Comment alors reconnaître ces cas graves ? et les conseils donnés à ce sujet par les auteurs sont bien vagues : « Opérez quand le cas est un peu grave », dit J.-L. Faure ; — « si au bout de quelques heures de traitement médical les choses ne s'arrangent pas, » dit P. Duval. D'après ce dernier, il faut par conséquent attendre que le cas s'aggrave pour intervenir ; ce n'est donc qu'une opportunité « précoce », qui laissera passer le moment le plus favorable, où les dégâts sont généralement infimes ; généralement, car il est des cas où de graves lésions peuvent exister très précocement, sans être signalées par des symptômes inquiétants ; l'infection a déjà joué son rôle : on ne peut plus rien contre elle et les lésions se révèlent brusquement irréparables.

Autre objection à l'appendicectomie précoce : c'est une opération grave, susceptible de généraliser une infection qui était sur le point de se localiser. La théorie seule ne peut pas répondre à cette objection, mais il suffit de s'adresser aux résultats pratiques, qui montrent la bénignité de l'opération par elle-même ; s'il y a un pourcentage plus ou moins élevé de morts, l'étude des observations montre que les cas qui n'ont pas guéri chirurgicalement auraient suivi la même évolution avec le traitement médical ; elle montre aussi que certains cas ont guéri chirurgicalement qui auraient évolué fatalement si l'on s'en était tenu au traitement médical. Enfin remarquons que les cas très graves sont opérés par le chirurgien systématique aussi bien que par l'opportuniste, et que ce sont justement ces cas qui élèvent le pourcentage de morta-

lité dans les statistiques générales. Nous pourrions citer à ce sujet les observations de trois cas mortels sur 53 appendicites opérées dans les 48 premières heures par M. le professeur Leclerc ou ses assistants.

b) *Après 48 heures*

Étant bien entendu qu'il faut enlever l'appendice dans toute crise aiguë datant de moins de 48 heures, que faudra-t-il faire en présence d'un malade vu au troisième jour de sa crise ou au delà ? La conduite devra-t-elle changer parce qu'une limite fictive de temps aura été dépassée ? Nouvelle discussion à ce sujet, les interventionnistes eux-mêmes devenant pour la plupart opportunistes. Mais sans nier les bienfaits de la précocité du traitement opératoire, nous allons essayer de démontrer que l'appendicectomie est le traitement de choix quel que soit le temps écoulé depuis le début de la crise.

Voyons auparavant la conduite à tenir préconisée par les auteurs classiques. Elle se trouve résumée par un des champions de l'appendicectomie précoce, Kœrte, qui termine l'un de ses travaux en disant : « Après 48 heures, il faut attendre ». Ombredanne (Traité de pathologie externe) conclut sans netteté : « il faut opérer à chaud les péritonites diffuses, et même les formes toxiques, bien que la guérison soit sans exemple ». — P. Duval (Traité de Pathologie chirurgicale 1920) donne des indications semblables : « Si d'emblée la crise a des allures graves de péritonite généralisée, d'intoxication générale, de gangrène ap-

pendiculaire, l'opération s'impose d'urgence ; les minutes sont des heures ». — « Si après quelques heures les symptômes s'aggravent, il faut intervenir immédiatement ». — Ombredanne et P. Duval ont donc la même opinion : n'opérer que s'il y a aggravation, et, pour bien dire, si le cas est désespéré. De même, dans leur étude critique et clinique de l'appendicite (1914) Bérard et Vignard, systématiques, dans les 48 premières heures, deviennent opportunistes après ce délai.

La thèse opposée est soutenue par d'autres auteurs : Témoin et Villard, qui sont toujours restés interventionnistes, soutenant qu'il faut enlever l'appendice dans tous les cas et à toutes les périodes, d'autres, tel Tavernier, à Lyon, qui n'ont fait qu'évoluer dans ce sens.

Et en effet, pourquoi les raisons puissantes qui ont fini par emporter l'opinion en faveur de l'appendicectomie systématique dans les 48 heures premières ne seraient-elles plus valables ce délai passé ? N'y a-t-il pas le même intérêt qu'avant à enlever, comme le réclamait déjà Hartmann au Congrès de Chirurgie de 1911, la cause des accidents, cet appendice qui menace le péritoine par l'extension de ses lésions, et l'état général par les toxines qu'il déverse dans l'organisme, appendice qu'il faudra toujours arriver à enlever ultérieurement.

Les arguments théoriques qu'on oppose à cette façon de voir sont les mêmes que ceux qui ont été invoqués contre l'appendicectomie précoce, mais ils ont une valeur différente ; nous allons les passer en revue.

D'abord la possibilité de la guérison par le traitement médical pur et simple : cet argument a perdu ici beaucoup de sa valeur ; en effet, si ce traitement médical peut avoir la prétention de guérir la majorité des cas mis de suite à la diète, il ne peut avoir celle de guérir tous les malades chez lesquels les lésions sont déjà très avancées, ou surtout pour lesquels le traitement fait antérieurement a été tout à fait intempestif. De plus, qui n'a vu des lésions s'aggraver malgré le traitement, même dans les cas où ce traitement a été appliqué d'une façon rigoureuse ; c'est une chose banale admise même par les abstentionnistes les plus acharnés, et de nombreux exemples pourraient en être cités.

D'autres raisons plus terre à terre, mais importantes, peuvent faire écarter le traitement médical : d'une part, on ne peut être sûr qu'il soit appliqué dans toute sa rigueur, le malade livré à lui-même et à son entourage trop complaisant absorbant glace et boissons diverses ; d'autre part, une diète rigoureuse, mais indispensable, ne peut pas être observée indéfiniment.

Tout ceci n'est guère discutable, et les abstentionnistes sont obligés de trouver d'autres arguments pour leur défense : « nous ne sommes pas, disent-ils, des abstentionnistes aveugles, mais bien des opportunistes ; nous n'opérons pas délibérément nos malades, mais nous les surveillons étroitement ». Quelques-uns même se rendent compte du danger : « nous les surveillons d'heure en heure et nous sommes toujours prêts à intervenir à la moindre alerte. » Deux

observations montreront bien l'inefficacité de cette surveillance sans arrêt. L'une est citée dans la thèse de Colombet (Paris 1921) :

« M. le professeur Hartmann rapporte l'observation d'un jeune homme de 15 ans qui était suivi d'aussi près que possible ; un professeur de médecine et un professeur de chirurgie venaient le voir deux fois par jour ; dans l'intervalle de ces visites, un professeur agrégé le suivait ; enfin un chirurgien spécialiste de l'appendicite s'adjoignit aux précédents et vint le voir une fois par jour. Au bout de deux jours, le malade alla mieux et tout le monde triomphait. Le 5^e jour, il fit des accidents brusques et mourut en deux heures ».

La seconde observation est celle d'une malade opérée par M. le docteur Leclerc (de Dijon) :

« Crise d'appendicite aiguë : le malade est suivi et traité avec beaucoup d'attention : le traitement médical établi fut suivi d'une façon rigoureuse par une mère attentive ; les choses allèrent bien jusqu'au 5^e jour, l'apyrexie étant complète à ce moment ; brusquement, le malade fait des symptômes péritonéaux graves ; vu à 6 heures du soir par M. le docteur Leclerc dans un état très alarmant, il est opéré à 9 heures et meurt dans la nuit ».

Devant les résultats désastreux de l'intervention dans la péritonite généralisée tardive (« bien que la guérison soit sans exemple », disait Ombredanne), les opportunistes cherchent à établir des signes précoces de cette péritonite, ou même des signes permettant de la prévoir ; mais ils n'aboutissent en réalité qu'à

donner de vagues indications, des formules très variées et très divergentes suivant les auteurs, et qu'on sent inspirées à la fois par la crainte de faire une opération présumée dangereuse, par la terreur de l'appendicectomie à chaud d'une part, d'autre part par celle d'arriver trop tard pour sauver le malade.

En réalité, il faut dire et répéter que dans l'appendicite on ne peut rien prévoir avec assurance de ce qui va se passer : c'est bien la « maladie à surprises » de Dieulafoy ; c'est ainsi que Savariaud (Société de Chirurgie, 1913) a vu en 4 ans, sur un grand nombre d'appendicites, sept péritonites diffuses se développer sous ses yeux dans des cas en train de se refroidir : sur ces sept cas d'ailleurs, il n'eut qu'une guérison. L'observation de M. le docteur Leclerc rapportée plus haut en est une preuve ; celle que nous allons citer en est une autre.

« Crise très nette d'appendicite qui tourne court rapidement : le lendemain, il n'y a plus de température. On l'opère huit jours après, ne présentant plus aucun symptôme, mais on trouve à la partie moyenne de l'appendice une petite plaque blanche qui correspond à une ulcération de la paroi en voie de perforation ». Si l'opération avait été différée, la perforation se faisait et la malade mourait, comme le précédent, de péritonite. »

Les avantages de l'appendicectomie systématique seraient donc théoriquement indiscutables, si les abstentionnistes n'opposaient un dernier argument,

et c'est un argument sérieux : ils objectent que, faite ainsi à chaud, l'opération a une gravité énorme qui doit la faire rejeter, et si le malade risque une aggravation subite du fait de sa lésion, il risque au moins autant du fait même de l'intervention. Cette fois, les abstentionnistes sont, ou plutôt paraissent être, sur un terrain beaucoup plus solide ; et en effet, quand on intervient dans une appendicite à chaud, on peut rencontrer un certain nombre de difficultés opératoires : difficultés dans la recherche de l'appendice, difficultés dans la dissociation des adhérences, hémorragies déterminées par les manœuvres, et quelquefois arrêtées avec peine, danger de léser l'intestin, drainage obligatoire. Il y a bien là de quoi faire reculer les opérateurs, et, en apparence du moins, justifier leur crainte de l'appendicectomie à chaud.

L'appendicectomie à chaud au contraire guérit, nos observations le prouvent, le plus grand nombre des malades ; elle guérit même les cas extrêmement graves, les cas de péritonite diffuse. D'ailleurs, n'est-il pas illogique d'admettre qu'une opération, qui est capable de guérir des malades atteints de péritonite, deviendrait inutile et même dangereuse pour des cas moins avancés ? Et la preuve que c'est bien l'ablation de l'appendice qui guérit l'appendicite, et l'ablation seule, c'est qu'on a été amené à supprimer le drainage, que, à une certaine époque, on a pu croire obligatoire : du moment que le drainage n'est pas absolument indispensable, que lui seul ne peut amener la guérison, mais qu'on peut l'amener sans lui, c'est bien que l'appendicectomie est la manœuvre capitale.

Il nous apparaît donc bien que l'appendicectomie est toujours le traitement idéal de l'appendicite aiguë. que plus l'opération sera précoce, meilleurs seront les résultats, et que si quelque chose doit être un indice des difficultés pouvant être rencontrées pendant l'opération, ce n'est pas la question d'heures, mais l'état anatomique des lésions. Nous verrons tout à l'heure que, bien qu'elle soit « systématique » notre théorie admet des exceptions, des contre-indications ; mais auparavant, nous allons exposer un point capital de la question : c'est la technique de l'appendicectomie, telle que la comprend M. le professeur Leclerc, telle qu'il la pratique actuellement, et avec laquelle il a obtenu les meilleurs résultats.

CHAPITRE III.

Technique de l'Appendicectomie à chaud

L'appendicectomie à chaud est une opération difficile et c'est ce qui explique pourquoi, pendant si longtemps, elle a été considérée comme dangereuse, et par suite contre-indiquée, ainsi que nous l'avons dit précédemment : ceci ne s'applique pas lorsque l'appendicite est opérée dans les premières heures, l'opération ne différant pas, au point de vue technique, de l'ablation à froid d'un appendice libre ou peu adhérent, à condition, bien entendu, que ce soit la première crise.

Et partant de cette idée que l'appendicectomie à chaud est une opération grave, et surtout difficile, délicate, il faut que le chirurgien, si habile soit-il, s'entoure de toutes les conditions matérielles qui pourront faciliter sa tâche et éviter toute manœuvre compliquée. Ainsi, un très bon éclairage est absolument nécessaire ; il faut voir très clair en profondeur : l'appareil dit scialytique est parfait à ce point de vue et toute salle d'opération devrait en être pourvue ; à son défaut, on peut se servir de l'éclairage frontal, genre cyclope, beaucoup moins pratique.

L'instrumentation a son importance ; outre les instruments habituels, deux valves sont indispensables pour permettre de récliner dans la profondeur :

deux valves vaginales étroites par exemple, ou, mieux, le petit modèle des valves d'Albertin Polosson, destinées à récliner les uretères dans le Wertheim.

Signalons aussi l'utilité des pinces légèrement cou-dées, pour faciliter l'hémostase du méso.

Pour remplacer les grandes compresses habituelles qui protègent les différents plans de la paroi abdominale contre le pus ou les éléments septiques contenus dans le péritoine, il y aurait avantage à se servir de champs caoutchoutés. On a signalé aussi, dans le même but, l'usage de grandes compresses humides, qui n'auraient pas le pouvoir d'absorption des compresses sèches.

Nous allons exposer maintenant dans ses détails la technique suivie par M. le professeur Leclerc, mais insistons sur ce fait que le chirurgien doit l'appliquer avec grande précision, qu'il doit manœuvrer avec une très grande délicatesse pour ne pas léser l'intestin et faire diffuser le pus dans le péritoine, secondé en cela par un assistant très exercé.

TECHNIQUE

Premier temps. Incision de la paroi. — Toutes les incisions préconisées pour aborder l'appendice sont sensiblement équivalentes lorsqu'il s'agit d'appendicectomie à froid. Dans l'appendicectomie à chaud au contraire, il faut choisir sans hésitation l'incision de Walther ; l'incision de Jalaguier est un peu trop interne, trop hémorragique et a l'inconvénient d'ouvrir largement la gaine du droit ; l'incision de Roux

mutile inutilement la paroi et offre à l'infection de larges tranches musculaires. L'incision de Mac Burney donne un jour qui peut être insuffisant dans le cas particulier et qu'il est difficile d'augmenter.

L'incision de Walther, au contraire, ne coupe que les aponévroses ; elle est peu hémorragique et on peut l'agrandir autant qu'on veut. Elle se pratique de la façon suivante (fig. 1, 2 et 3) :

On incise la peau sur une longueur de 8 centimètres le long du bord externe du droit, et un peu en dehors de lui. On borde tout de suite avec des compresses les lèvres de la plaie cutanée, à moins qu'une feuille de taffetas ayant été collée préalablement sur la peau, tout bordage soit devenu inutile ; puis on incise l'aponévrose du grand oblique, dont les 2 lèvres légèrement écartées par des pinces laissent voir la région d'attaque de la paroi profonde, c'est-à-dire l'insertion du petit oblique et du transverse sur la gaine du droit ; on désinsère alors le petit oblique et le transverse : pour cela, 2 pinces hémostatiques étant placées de part et d'autre de la ligne d'insertion et soulevant un peu celle-ci, le bistouri la tranche à l'endroit très précis où les fibres musculaires se continuent avec le tissu aponévrotique.

C'est en suivant cette ligne d'insertion que se fera ultérieurement s'il est nécessaire, l'agrandissement de la plaie soit par en haut, soit par en bas. Cette section est très peu hémorragique.

Deuxième temps. Ouverture du péritoine (fig. 4). — Le péritoine sera incisé avec beaucoup de délicatesse,

car l'intestin peut lui être immédiatement accolé : on le soulèvera, s'il n'est pas trop infiltré, en un pli qu'on entamera d'une main légère avec la pointe du bistouri. A ce moment, l'aide approchera tout contre la plaie l'aspirateur qui restera aux aguets et tout prêt à être introduit dans l'orifice péritonéal et a y aspirer le liquide qui tenterait de s'échapper au dehors, en souillant la paroi.

On agrandira avec les ciseaux l'incision faite au péritoine ; c'est à ce moment surtout que l'aspirateur devra se tenir prêt à jouer son rôle. Lorsque le péritoine ne sera pas trop infiltré, qu'il présentera une certaine souplesse et une certaine résistance, on le bordera directement avec des champs caoutchoutés en se servant des pinces à border coudées de Doyen ; ce sera une excellente façon de protéger la paroi. Si cette manœuvre est impossible, on placera simplement les champs de façon à réaliser cette protection.

Troisième temps. Abord des lésions et mise en place des compresses abdominales (Fig. 5 et 6). — Maintenant vont commencer les difficultés, car contrairement à ce qui se passe dans l'appendicectomie à froid, où l'opération se fait hors du ventre, ici au contraire on sera très souvent obligé d'opérer dans le ventre ; d'où la nécessité d'un éclairage spécial et d'écarteurs spéciaux permettant de voir très clair, et jusqu'au fond de la plaie : le scialytique ou à son défaut la lampe frontale d'une part, les 2 valves vaginales ou les 2 valves d'Albertin d'autre part, permettront d'y arriver.

On commencera par placer le petit écarteur de Gosset, puis on dispose les grandes compresses destinées à isoler la région iléocaecale et à protéger la grande cavité ; 2 de ces compresses sont surtout importantes, l'une passe au contact de la lèvre interne de la plaie et, entraînant avec elle la dernière anse iléale, va jusqu'au plan profond : la seconde sera glissée sous l'angle inférieur de la plaie, fermant ainsi complètement l'entrée du petit bassin.

Une compresse plus petite et moins importante peut être également glissée sous l'angle supérieur de la plaie.

Quatrième temps. Découverte et ablation de l'appendice (Fig. 6, 7, 8, 9 et 10). — C'est à ce moment seulement qu'il faut s'occuper de l'appendice.

Plusieurs éventualités peuvent se présenter :

a) Souvent l'appendice, énorme, turgescant, se présente de lui-même au milieu de la plaie : ce sont des cas particulièrement faciles ; l'opération ne diffère par alors d'une appendicectomie à froid.

b) D'autres fois, l'opérateur qui regarde au-dessous du cœcum ne distingue rien de précis ; il doit alors chercher à voir le mieux possible le fond de la plaie : c'est le moment de placer les 2 valves vaginales, ou mieux les 2 écarteurs d'Albertin ; l'une est placée sur la lèvre interne de la plaie et l'autre sur son angle inférieur ; ces écarteurs sont confiés à un aide qui les manœuvre de façon à ce qu'ils écartent bien dans le fond ; c'est dans l'angle qu'ils forment que la source lumineuse devra envoyer ses rayons. Souvent

alors on distingue l'appendice au moins en l'un quelconque de ses segments ; on l'attire avec douceur en se défiant des pinces qui peuvent le faire éclater. Pour l'isoler et l'attirer, rien ne vaut l'index, qui, se promenant avec douceur autour du cylindre appendiculaire, ouvrant parfois de petits abcès immédiatement asséchés par l'aspirateur, va reconnaître les contours arrondis de la pointe, glisse sous elle et cherchant à la relever, entraîne aussi l'appendice tout entier ; celui-ci est attiré vers la surface de la plaie, il est énorme, entouré de fausses membranes, présentant souvent des plaques de sphacèle qui vont aboutir ou ont abouti déjà à la perforation ; il faut le manier avec le plus grand respect, soit avec une ou 2 pinces d'Ombredanne, qui l'entourent sans l'écraser, soit encore avec de petites compresses ; en tout cas, l'appendicectomie n'est plus qu'un jeu et sera faite par la technique habituelle (fig. 6).

c) Mais il est certains cas, où, au-dessous du cœcum, quelque attention qu'on y apporte, on ne reconnaît rien, où, en tous cas, tout dégagement est impossible ; il ne faut pas alors s'acharner à isoler l'appendice ; il faut changer de technique et chercher à reconnaître l'insertion de l'appendice sur le fond du cœcum. On saisit celui-ci avec la main gauche pour l'attirer en haut en se laissant guider par les bandelettes ; en y mettant toute l'attention et tout le temps nécessaire, on arrive toujours à reconnaître la base. On la dégagera alors doucement, prudemment, avec des ciseaux courbes qui en feront tout le tour (fig. 7) ; puis on placera sur elle une petite pince écrasante ; cette

pince en exerçant une légère traction permettra facilement le passage d'une aiguille de Deschamps chargée d'un fil de lin (fig. 8.), la pince écrasante alors enlevée sera remplacée par une pince de Kocher, qui, beaucoup moins large que l'écraseur, permettra de lier le fil au ras du cœcum et de couper l'appendice dans la zone écrasée, entre le fil et la pince (fig. 9.). On peut dès maintenant enfouir la ligature par un point en bourse placé sur le fond du cœcum, lorsque l'état du péritoine le permet. Dès lors le cœcum peut sans inconvénient être refoulé en haut sous une compresse et disparaître du champ des manœuvres opératoires qui s'en trouve agrandi et simplifié. En tirant sur la pince de Kocher qui ferme l'appendice, on fait apparaître le méso, et le corps du vermis se dégage progressivement. Bientôt l'extrémité distale se devine ; la section du méso, au fur et à mesure qu'il se présente, et sur des pinces légèrement coudées, favorise ce dégagement, enfin la pointe apparaît : une dernière pince coudée est placée sur le méso qu'un dernier coup de ciseaux tranchera (fig. 10).

Cette manœuvre de l'appendicectomie par section première de la base, décrite autrefois par Chevrier, rend dans les cas difficiles d'éminents services ; nous répétons qu'elle doit être faite avec la plus extrême douceur et qu'il faut faire tout ce qu'il est possible pour ne pas rompre un appendice, cependant parfois friable, et partiellement sphacélé. Des petits détails impossibles à décrire seront donc employés : la pince de Kocher qui tire l'appendice sera remplacée au fur et à mesure du dégagement par d'autres pinces

qui tireront de court et éviteront ainsi la rupture ; de petites pinces de Chaput aggriperont aussi parfaitement l'appendice sans trop le léser et rendront ainsi des services.

L'appendice enlevé, l'hémostase du méso sera faite avec une douceur particulière pour ne pas couper. Les pinces légèrement coudées dont nous avons parlé facilitent beaucoup le placement des ligatures.

Lorsque l'enfouissement du moignon n'a pu être fait à cause de l'état du péritoine, les fils de ligature de l'appendice seront noués avec les fils de ligature du méso, de manière à appliquer ce méso sur le moignon appendiculaire par une manœuvre analogue à celle qu'emploie Témoin dans toutes les appendicites.

Appendicite de la base. — Elle est rare, heureusement, car elle crée des difficultés sérieuses ; on ne peut dans ces cas se servir de l'écraseur, ni de toute autre pince qui couperait l'appendice. La ligature doit être faite doucement au ras du cœcum et en serrant prudemment ; parfois le fil lui-même coupe l'appendice et on peut être obligé de faire une petite résection en médaille de la paroi cœcale.

Cinquième temps. Fermeture (Fig. 11). — On assèche la région une dernière fois avec l'aspirateur ou la compresse. Il ne faut cependant pas s'acharner à enlever le pus, la chose n'est souvent pas réalisable et il y a bien souvent des guérisons dans des cas où il a été laissé beaucoup de pus dans le ventre. En principe, il ne faut pas chercher du tout à enlever le

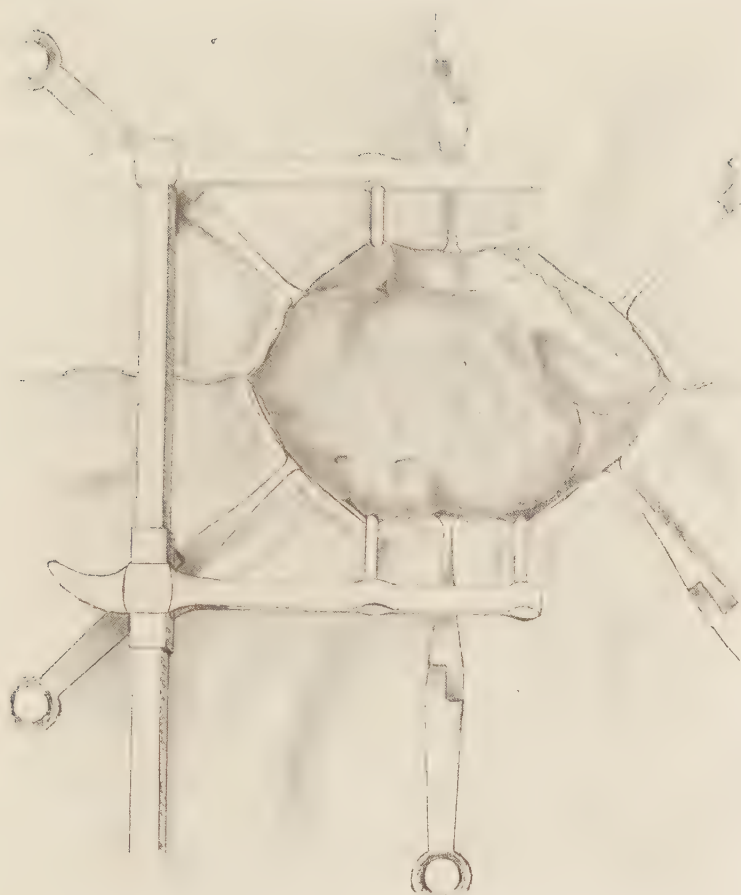


Fig. 5. — Le péritoine est bordé par des champs caoutchoutés fixés par des pincettes à bords coudés de Doyen. L'écarteur de Gosset est appliqué; on aperçoit le cœcum et l'appendice.

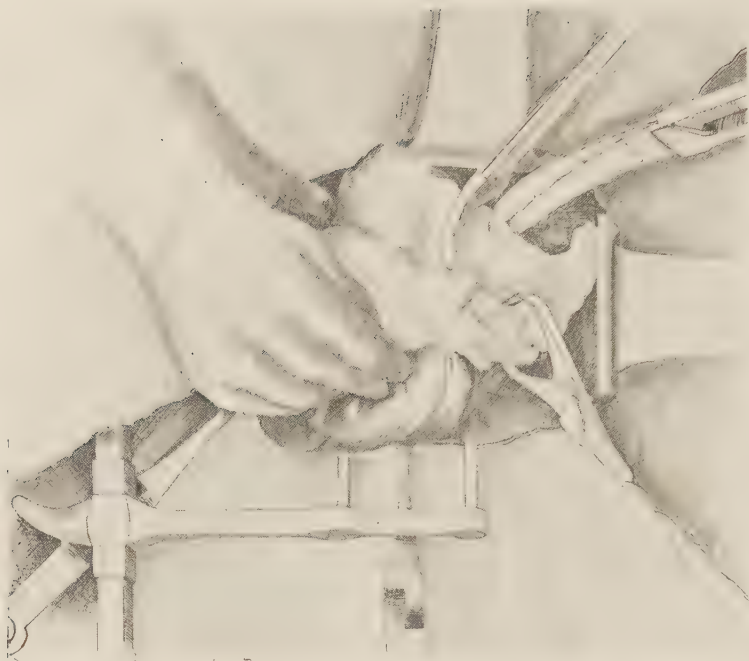


Fig. 6. — Une compresse interne isole la cavité péritonéale jusqu'au plan profond, refoulant la dernière anse de l'iléon.

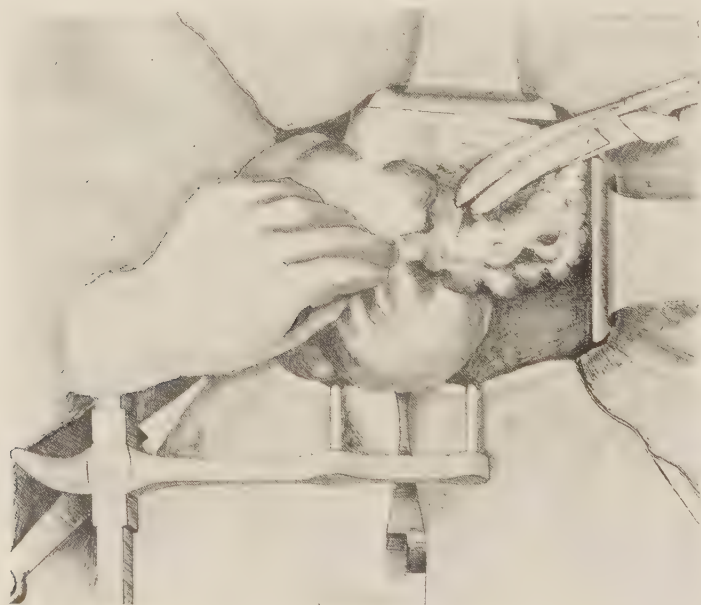


Fig. 7. — Les ciseaux dégagent la base de l'appendice enfoui et invisible sous les adhérences, en se guidant sur les bandelettes du cœcum.

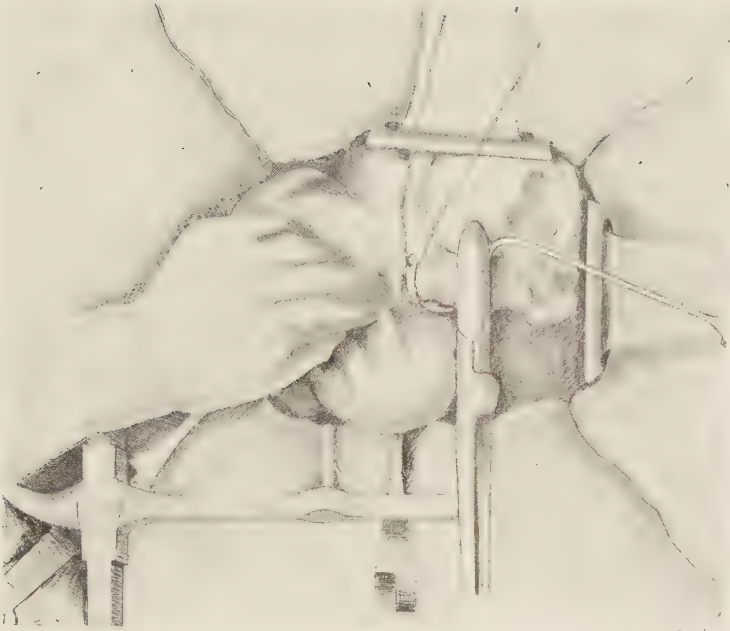


Fig. 8. — La base de l'appendice dégagée, on place une petite pince écrasante. L'aiguille de Deschamps passe un fil.

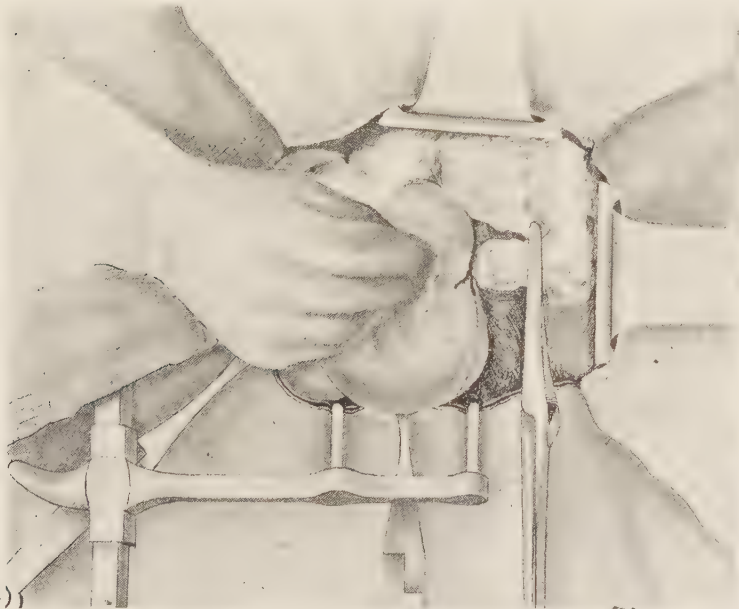


Fig. 9. — Ligature de l'appendice au ras du cœcum. La section portera dans la zone écrasée.

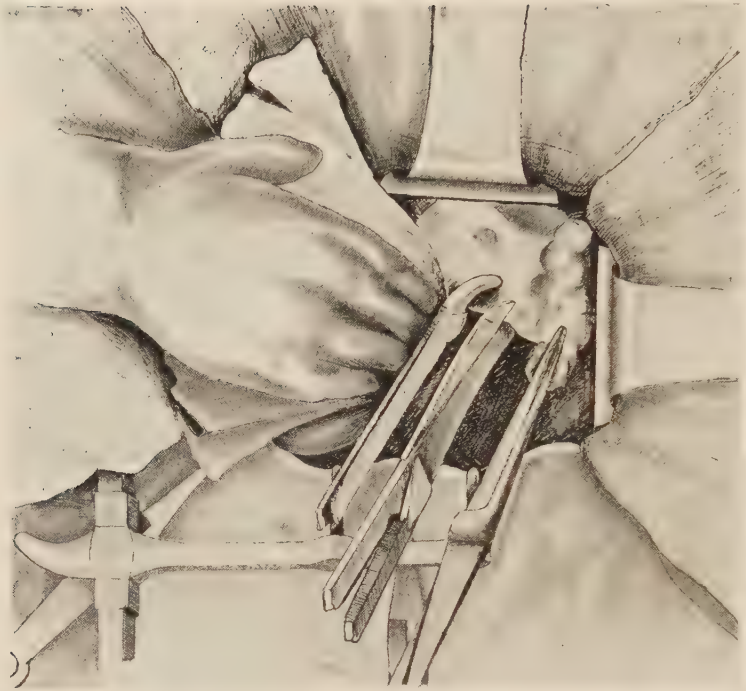


Fig. 10. — L'appendice sectionné à sa base est attiré par une pince de Kocher; le méso est sectionné à mesure qu'il se présente

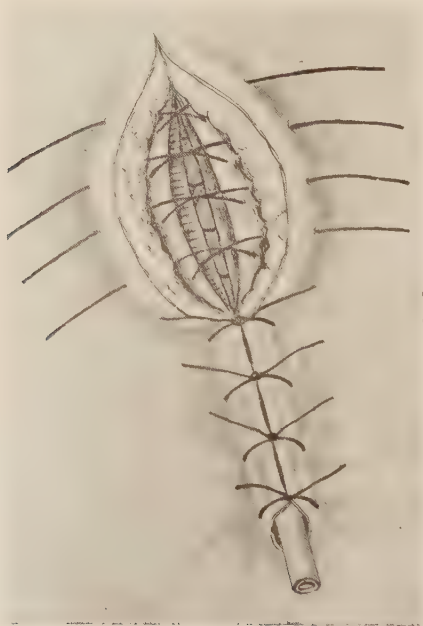


Fig. 11. — Fermeture de la paroi.

pus qui vient de loin et qui se trouve en dehors de la zone iléo-cœcale : à plus forte raison, il ne faut faire aucun lavage ; on peut, si l'on veut, verser un peu d'éther dans la plaie : après l'avoir fait bien souvent, M. le professeur Leclerc n'a pas l'impression que cette manœuvre soit d'une grande utilité.

Drainage. — La question du drainage, qui a été très discutée, ne se pose plus guère actuellement ; après le drainage large et multiple dans les péritonites localisées ou généralisées, de causes diverses, on a supprimé complètement tout drainage ; puis devant les accidents consécutifs à cette suppression on en a posé des indications assez nettes. Dans sa thèse de 1922, inspirée par M. Leclerc, Perrault arrivait à ces conclusions : « il est des cas, dans les infections péritonéales, où il est impossible de réaliser l'exérèse du foyer d'ensemencement septique : tous les chirurgiens, dans ce cas, s'accordent pour employer un vaste drainage à la gaze, du genre Miculicz, destiné surtout à réaliser périphériquement une exclusion protectrice de la grande séreuse. C'est également à un large drainage qu'on aura recours, chaque fois qu'il existera soit des surfaces séreuses, escharifiées ou granuleuses, soit encore des parties non résorbables ». « Certains chirurgiens sont revenus à un drainage restreint qui leur paraît ne présenter aucun inconvénient, améliorer les suites immédiates et augmenter la sécurité ».

Dans l'appendicectomie à chaud, M. Leclerc s'en tient à ceci :

1^o Appendicite avec lésions très localisées : pas de drainage péritonéal.

2^o Appendicite avec lésions péritonéales avancées bien que localisées ou généralisées : drainage péritonéal au niveau de l'incision, avec drain en caoutchouc plongeant sous le cœcum, rarement avec une mèche de gaze. Le drain, après 48 heures est remplacé par un nouveau de plus petit calibre, qui lui-même est bientôt enlevé. Ce n'est plus le large drainage, mais la simple soupape de sûreté.

3^o Dans tous les cas, si la paroi a été nettement contaminée par le pus, ou s'il y a seulement doute sur sa protection par les compresses, il est indiqué de laisser dans la paroi un drain, si petit soit-il, et de refermer. La sérosité ou le pus, s'il y a lieu, s'écouleront à l'extrémité inférieure de la suture et on évitera ainsi l'ablation des crins et la désunion des lèvres de la plaie.

CHAPITRE IV

De l'Appendicectomie systématique à chaud

Ayant appliqué, ou fait appliquer, cette technique depuis de nombreuses années, M. le docteur Leclerc a obtenu les résultats suivants : sur 128 opérations à chaud, 109 guérisons. Les cas de mort sont ainsi dénombrés :

1 ^{er} jour.	17 opérations	1 mort.
2 ^e —	35 —	2 —
3 ^e —	30 —	3 —
4 ^e —	14 —	1 —
5 ^e —	9 —	3 —
6 ^e		
7 ^e —	23 —	9 —
8 ^e		

Cette statistique montre, comme on pouvait le prévoir, que la mortalité est d'autant plus forte qu'on opère plus tard. Mais il ne faudrait pas en conclure qu'il ne faut opérer qu'au début. En effet, la statistique est faussée du fait que beaucoup de cas opérés tardivement sont des cas envoyés d'urgence et traités avec des accidents graves locaux et généraux.

D'ailleurs, les statistiques sont essentiellement trompeuses ; de celle-ci on pourrait par exemple conclure que la mortalité au 4^e jour est moins forte

qu'au 3^e jour, et que par conséquent la gravité est plus grande au 3^e qu'au 4^e jour : ce qui est faux *a priori*.

C'est pourquoi il ne faut comparer qu'avec réserve la mortalité des appendicites opérées à chaud avec celle des appendicites traitées par le refroidissement. En réalité, tout le monde sait qu'il ne faut pas se fier aveuglément aux statistiques.

Il vaut beaucoup mieux analyser les cas particuliers : nous allons le faire pour quelques-uns, ce qui donnera une idée de la valeur de l'appendicectomie à chaud, ainsi que de la limite de son action, puisque chaque méthode présente une limite et ne peut être généralisée à l'infini ; d'ailleurs, nous donnerons au moins autant d'observations favorables que de défavorables, celles-ci ne prouvant pas que la méthode est mauvaise et servant seulement à appuyer les contre-indications à l'appendicectomie.

Voici d'abord quelques cas d'appendicite très graves avec péritonite généralisée, guérie par l'appendicectomie à chaud :

Obs. 1. — C..., 16 ans. Appendicite en train de se localiser, mais la température reste à 38°5, le pouls à 120 ; langue sèche. Opération au 4^e jour ; collections purulentes antérieures, pus dans le Douglas, appendice sphacélé à sa partie moyenne. Amélioration rapide, bien que la température ne tombe pas : rougeole consécutive. Guérison.

Obs. 2. — M..., 8 ans. Opération au 3^e jour : pus dans le ventre en petite quantité, appendice en voie de perforation. Guérison.

Obs. 3. — B..., 8 ans. Malade depuis 2 jours. Mauvais facies, pouls à 150-160, température à 40 ; réaction de défense dans tout le ventre, mais douleur très nette dans la fosse iliaque droite seulement. Opération à la 48^e heure : pus séreux dans le ventre, gangrène de l'extrémité distale de l'appendice. Guérison.

Obs. 4. — N..., 3 ans. Appendicite au 5^e jour : température : 39, pouls : 120, état très grave avec cyanose des extrémités. Opération immédiate : pus dans tout le ventre, appendice en voie de sphacèle mais non perforé. Amélioration dès le lendemain. Guérison.

Obs. 5. — B..., 10 ans. Appendicite à la fin du 4^e jour : tableau de péritonite diffuse très grave. Opération : appendice gangréné, pus partout ; contre-incision dans la fosse iliaque gauche : issue de pus. Amélioration rapide et guérison. Mais le 15^e jour, phénomènes d'occlusion nécessitant une nouvelle intervention. Guérison.

Obs. 6. — G..., 5 ans. Appendicite à la 40^e heure : vomissements, pouls très rapide ; défense partout. Opération : pus, appendice gangréné. Guérison. Le 5^e jour, phénomènes d'occlusion : nouvelle intervention. Guérison.

Mais si l'appendicectomie guérit la plupart des appendicites à chaud, elle n'empêche évidemment pas la mort dans tous les cas et l'appendicite reste certainement une maladie très grave. Nous allons citer maintenant quelques observations où la guérison n'a pas été obtenue :

Obs. 7. — Enfant. Appendicite au 1^{er} jour ; signes toxiques très accusés : vomito negro appendiculaire de Dieulafoy. Opération : lésions appendiculaires

minimes. Mort avec hématomés profuses quelques jours après.

Obs. 8. — P..., 25 ans. Appendicite à la 48^e heure : phénomènes de péritonite généralisée, avec très mauvais état général. — Opération : pus dans le ventre, appendice perforé. — Le ventre devient souple, le malade a des gaz, mais meurt 4 jours après.

Obs. 9. — S..., 18 ans. — Appendicite à la 36^e heure : très mauvais état général, avec phénomènes d'intoxication. — Opération : sérosité dans le péritoine, appendice non perforé. L'état local s'améliore rapidement ; mais le 6^e jour, température à 39°, cyanose des extrémités et des lèvres, pouls imperceptible. — Mort quelques jours après.

Ce sont trois cas d'appendicites extrêmement toxiques, où l'organisme était déjà trop infecté pour que l'appendicectomie empêche les accidents de se produire.

Obs. 10. — E..., 70 ans. — Appendicite à la 60^e heure : (après purgation) vomissements, réaction douloureuse dans tout le ventre, pouls à 120. — Opération : pus, appendice sphacélé. — Mort 4 jours après avec phénomènes de péritonite.

Obs. 11. — Z..., 60 ans. — Appendicite à la 60^e heure, avec phénomènes inquiétants. — Opération : Pus, appendice sphacélé. — Mort le 3^e jour avec péritonite.

Ce sont les deux observations que nous ayons de malades âgés : deux morts, avec phénomènes de péritonite, malgré une opération bien conduite.

Obs. 12. — C..., 35 ans. — Tuberculose pulmonaire

unilatérale. — Appendicite qui ne s'arrange pas au troisième jour. — Opération : appendice sphacélé, sain à la base. — Mort le lendemain.

Il s'agissait par conséquent d'un malade dont l'état général était précaire et dont la résistance était très diminuée.

La guérison après l'appendicectomie est donc le fait normal, et les cas de mort après elle se seraient en majorité produits malgré tout. Mais, si cette guérison est souvent très vite obtenue complètement, elle peut être retardée par quelques accidents consécutifs, comme l'éventration ; ce n'est souvent qu'un inconvénient de peu d'importance (bien que non négligeable) en comparaison du service rendu au malade, et il est préférable de risquer ces incidents lorsque la vie est en danger.

D'autres accidents sont beaucoup plus graves (et il nous ont paru assez fréquents dans nos observations, puisque nous en avons relevé 5 cas) et pourraient avoir des suites fatales ; mais il faut bien remarquer qu'ils ne sont pas causés par l'appendicectomie elle-même, ni par le drainage ; car ils se produisent aussi bien au cours du refroidissement d'une part, et, d'autre part, ils surviennent, après l'appendicectomie dans les cas de péritonite généralisée. Nous en avons déjà cité deux cas (Obs. 5 et 6) ; en voici d'autres :

Obs. 13. — G..., 18 ans. — Appendicite au 8^e jour. — Opération : appendice en voie de perforation. — Les 4^e et 8^e jours, phénomènes d'occlusion qui disparaissent spontanément.

Obs. 14. — C..., 27 ans. — Appendicectomie au 3^e jour. — Evacuation de pus par colpotomie 10 jours après. — Phénomènes d'occlusion 8 jours après ; laparatomie : on trouve des anses accolées et, assez loin du foyer appendiculaire, une bride qui provoquait les accidents. — Guérison rapide.

Obs. 15. — H..., 13 ans. — Appendicectomie à la 50^e heure. — Occlusion 9 jours après ; laparatomie : anses grêles agglutinées, assez loin du cœcum. — Guérison. — 5 jours après : évacuation de pus par le rectum. — Sept mois après ces interventions, nouveaux phénomènes d'occlusion ; laparatomie : bride qui enserre un paquet d'anses grêles. — Guérison.

Ces observations montrent bien que la cause de l'occlusion se trouve loin du foyer appendiculaire et par conséquent qu'elle ne provient pas de l'appendicectomie, mais bien de phénomènes péritonéaux dus à l'appendicite et qui existaient avant l'opération. Ces cas ne sont donc pas des complications de l'appendicectomie, mais bien de l'appendicite elle-même.

CHAPITRE V

Indications opératoires dans l'Appendicite aiguë

De l'étude précédente, nous pensons qu'on est en droit de conclure que l'appendicite aiguë doit être opérée toujours, quelle que soit la période à laquelle on est appelé à la traiter. Mais, de même que les abstentionnistes invétérés trouvaient des exceptions à leur règle d'abstention, ainsi nous établirons des exceptions précises à notre règle.

Il faut opérer l'appendicite aiguë dès qu'on l'a vue et dûment reconnue, quelle que soit la température, les températures élevées commandant d'autant plus d'opérer de suite.

L'incertitude du diagnostic, dès le début des accidents, peut retenir le chirurgien. Un premier cas peut se présenter : on hésite, parce que les signes ne sont pas très nets, et que, songeant à un simple embarras gastrique fébrile, on craint malgré tout une appendicite légère ou atypique ; il est alors indiqué d'attendre quelques heures, mais si ce temps écoulé le même doute subsiste, il faut opérer : mieux vaut opérer à tort que laisser trop longtemps évoluer une appendicite et risquer les complications qui peuvent survenir, nous l'avons vu, malgré un début anodin. D'autant plus que la laparatomie ainsi faite ne fait pas courir de grands risques au malade. A ce sujet,

il a été cité des typhoïdes à évolution anormale opérées à leur début, et nous pouvons en rapporter un cas (Docteur Leclerc).

« G..., 16 ans. — Depuis une quinzaine de jours, troubles intestinaux et gastriques légers. — Puis, brusquement après une période de calme, douleurs abdominales exagérées par une purge. — Le médecin traitant, appelé alors, constate : température élevée, pouls rapide (140), douleur nette avec légère défense dans la fosse iliaque droite, et pense à une appendicite. — M. le docteur Leclerc est appelé 2 jours après : aucun signe de typhoïde à laquelle on a songé, mais symptômes assez nets pour porter le diagnostic d'appendicite sans lésions péritonéales sérieuses.

L'intervention au 4^e jour montre un appendice sain, et des lésions de l'intestin grêle (plaques de Peyer, teinte rosée) faisant songer à une typhoïde, confirmée par la suite par l'évolution et le séro-diagnostic. — Guérison simple ».

Un autre cas ne prête pas à discussion quant au traitement : lorsque le diagnostic est hésitant entre appendicite et différentes autres affections abdominales aiguës (invagination, volvulus, perforation, etc.), la conduite à tenir reste la même : il faut aller se rendre compte des lésions. Il est des erreurs de diagnostic, nous l'avons vu, qui font intervenir à tort, mais sans faire courir de risques : il en est d'autres qui peuvent conduire à des désastres, parce que l'on n'est pas intervenu : et ces cas militent encore en faveur

de l'intervention systématique ; ce sont ceux où l'on fait fermement le diagnostic d'appendicite, où l'on s'abstient et pour lesquels l'évolution montre qu'il s'agissait de tout autre chose : l'opération ne peut plus alors sauver le malade. Tels sont les cas rapportés par M. Brun dans sa thèse et fournis par M. le professeur Hartmann :

« Il s'agissait d'un enfant présentant de la douleur iliaque et de la défense musculaire localisée. Un chirurgien appelé, partisan de l'expectative, prescrivit la diète, la glace, etc... Trois jours plus tard, éclataient des accidents péritonéaux graves. M. Hartmann, appelé, propose l'intervention d'urgence et constate au cours de cette dernière une péritonite par perforation d'un boudin d'invagination. L'erreur, puis l'abstention, avaient conduit l'enfant à la mort.

« Dans un second cas, M. Hartmann croit à l'appendicite; l'opération est décidée; il trouve une bride étranglant l'appendice. Le malade guérit. Si l'on s'était abstenu, on aurait certainement eu de même une péritonite par perforation, suivie de mort ».

Ces deux observations rapprochées du cas cité plus haut (paratyphoïde), montrent bien que l'on court beaucoup plus de risques à temporiser qu'à opérer trop hâtivement ; et il est préférable de modifier l'axiome connu et de répéter : « dans le doute ne t'abstiens jamais ».

Certaines conditions particulières peuvent néanmoins faire déroger à la règle générale et faire revenir le chirurgien au traitement médical.

1^o Un état général par ailleurs précaire : c'est ainsi qu'un tuberculeux pulmonaire avancé présentant une crise aiguë d'appendicite, bénéficiera beaucoup plus du refroidissement, son état général ne lui permettant pas de subir une appendicectomie, aussi bien du fait de traumatisme opératoire que du fait de l'anesthésie (Obs. 12).

2^o Une obésité extrême : les manœuvres au cours de l'opération seront rendues beaucoup plus difficiles et risqueraient alors de provoquer des accidents.

3^o L'âge avancé : les forces défensives du péritoine et de l'organisme tout entier sont diminuées, et même l'appendice enlevé, la péritonite continue son évolution comme le montrent les Obs. 10 et 11. Sauf si l'on peut intervenir dans les premières heures, il vaut mieux tenter le refroidissement.

Si l'on se trouve en présence d'un malade ayant commencé sa crise depuis 5 ou 6 jours et présentant alors un gros plastron dans la fosse iliaque droite, bien limité, si la formation de ce plastron s'est accompagnée et a été suivie d'une sédation complète des symptômes présentés au début : chute de la température, disparition de la douleur, ralentissement du pouls, amélioration de l'état général, nous admettons que l'abstention est indiquée ; nous savons que même alors quelques chirurgiens opèrent, dissocient les adhérences et vont enlever l'appendice ; ils obtiennent de bons résultats, et l'opération est certainement bonne ; mais nous pensons que, à cette date éloignée du début, dans les conditions de localisa-

tion bien établie de l'infection, les risques opératoires dépassent peut-être les dangers minimes alors de l'abstention.

Si par contre les événements mettent en présence d'un malade dont la crise remonte à 10 ou 15 jours, si ce malade présente un abcès bien localisé, mais prenant de l'extension, ou amenant des douleurs, ou donnant de la température, il faudra inciser l'abcès ; nous croyons qu'il faut se contenter de l'incision, sans chercher si l'appendice serait facile ou non à enlever, à plus forte raison sans chercher à libérer l'appendice : ces manœuvres produisent des plaies favorables aux résorptions septiques et peuvent rompre des adhérences qui isolent l'abcès de la grande cavité abdominale. L'appendice gangréné laissé en place peut sans doute provoquer des accidents graves, mais les morts observées à la suite de l'ouverture simple des abcès périappendiculaires se sont produites avec une rapidité telle que la résection de l'appendice ne les aurait probablement pas évitées.

Enfin, le refroidissement sera malgré tout la méthode de choix à appliquer dans tous les cas où les conditions matérielles seraient trop défectueuses pour réaliser l'opération délicate qu'est l'appendicectomie à chaud : nous avons longuement insisté sur l'importance de tous les détails matériels de l'opération, et nous jugeons que celle-ci faite dans de mauvaises conditions fera courir plus de risques au malade que le refroidissement lui-même.

En résumé, il faut abandonner l'ancienne formule : « l'appendicite est une maladie qu'on fait refroidir

pour l'opérer à froid », et lui substituer la suivante :
« en dehors de contre indications rares et précises,
l'appendicectomie d'urgence est le seul traitement
de la crise aiguë d'appendicite ».

CONCLUSIONS

A la formule classique : « Dans toute appendicite aiguë, il faut, en dehors des indications d'urgence, faire refroidir pour opérer ultérieurement », on doit substituer la formule : « Dans toute appendicite aiguë dûment diagnostiquée, il faut enlever l'appendice le plus tôt possible ».

Les considérations de temps n'ont pas, en effet, l'importance qu'on a dit et ne peuvent être prises comme base principale pour juger de l'opportunité d'une intervention.

La doctrine de l'appendicectomie systématique à chaud comporte cependant des exceptions :

1° Dans les cas où le diagnostic est imprécis, il est bien certain que la conduite précédemment exposée ne peut être appliquée strictement : l'indication sera variable suivant les diagnostics possibles.

2° Lorsqu'on voit tardivement un plastron important, mais bien limité, alors que depuis quelques jours le malade tend régulièrement et manifestement vers la guérison, il est préférable de continuer le refroidissement.

3° Les abcès collectés périappendiculaires tardifs et résiduels doivent être ouverts lorsqu'ils prennent de l'extension, ou qu'ils provoquent des douleurs,

ou qu'ils donnent de la température. Cette opération n'est pas toujours exempte de tout danger. On ne cherchera pas à enlever l'appendice.

4° Chez les sujets âgés, ou obèses, ou dont l'état général est par ailleurs précaire (tuberculeux pulmonaires), il y a lieu de revenir à la conduite autrefois classique, soit à cause des difficultés opératoires (obèses), soit à cause de l'amoindrissement des forces défensives du péritoine et de l'organisme.

5° Enfin, le refroidissement est indiqué, si les conditions matérielles sont trop défectueuses pour réaliser l'opération délicate qu'est l'appendicectomie à chaud.

A moins qu'elle ne soit faite dans les toutes premières heures, l'appendicectomie à chaud est souvent une opération délicate. Outre des conditions matérielles excellentes, elle nécessite, de la part du chirurgien, la connaissance d'une technique précise, minutieuse, suivie exactement. Il ne suffit pas de connaître parfaitement la technique de l'appendicectomie à froid pour pratiquer avec succès l'appendicectomie à chaud, c'est ce qui légitime de notre part l'exposé d'une technique paraissant déjà très connue.

Les résultats de l'appendicectomie systématique à chaud sont très favorables ; en général, les suites sont très simples : la température baisse immédiatement, l'état général s'améliore très rapidement ; la guérison est très vite obtenue.

Cependant, quelques accidents peuvent venir troubler cette guérison ; ce sont : 1° les abcès de la paroi et l'évération, qui peuvent d'ailleurs être évités par une bonne technique.

2° L'occlusion, surtout précoce : nous l'avons rencontrée assez fréquemment, mais nous ne croyons pas que l'appendicectomie en soit directement responsable.

VU :

Le Doyen,
JEAN LÉPINE.

Le Président de la Thèse,
G. VILLARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 14 mai 1925.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université.
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- AGRON. — Bourgogne Médicale, février 1921, janvier 1923, juin 1924.
- BÉRARD ET VIGNARD. — Appendicite. Etude Clinique et critique, Masson, éd. 1914.
- BAUMGARTNER. — Traitement de l'appendicite aiguë d'après quelques travaux récents. Presse Médicale 4 décembre 1907.
- BRUN. — Avantages de l'opération systématique d'urgence pendant la crise. Th. Paris 1918.
- CABAUME. — Modifications anormales du poulx dans les états péritonéaux. Th. Lyon 1911.
- COLOMBET. — Appendicectomie systématique d'urgence pendant la crise. Thèse Paris, 1921.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne. T. III.
- DUVAL. — Appendicites. Précis de pathologie chirurgicale, 1911.
- FORGUE. — Appendicites. Précis de pathologie externe, 1917.
- HARTMANN. — Traitement des péritonites aiguës. Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1911.
- JALAGUIER. — Appendicite. Traité de Chirurgie Duplay et Reclus, 2^e édition, T. III.
- LECÈNE. — Remarques sur le traitement des péritonites aiguës. *Journal de Chirurgie*, 15 octobre 1911.
- LECLERC. — Quand faut-il opérer l'appendicite aiguë. Bourgogne médicale, octobre 1911, p. 145.

- LECLERC. — Indications opératoires dans l'appendicite aiguë. Archives franco-belges de Chirurgie, janvier 1922.
- LECLERC ET AGRON. — Technique de l'appendicectomie à chaud. Archives franco-belges de Chirurgie, novembre 1924.
- LEJARS. — Appendicite et fièvre typhoïde. Semaine médicale, Oct. 1906.
- LYON. — Traitement médical de l'appendicite aiguë. Clinique thérapeutique.
- OMBREDANNE. — Appendicite. Traité de pathologie externe T. III.
- PERRAULT. — Faut-il supprimer le drainage dans les péritonites. Thèse Lyon, 1922.
- RAYNER. — Appendicite aiguë et obstruction intestinale. Cité dans *Journal de Chirurgie*, août 1924, p. 225.
- TÉMOIN. — Traitement des péritonites aiguës. Congrès Français de Chirurgie, Paris 1911.
- VANVERTS. — Appendicectomie primitive et appendicectomie secondaire en cas d'abcès périappendiculaire. Archives franco-belges de Chirurgie, nov. 1921, page 133.

